2015D28142

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 juni 2015 inzake Afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het voorlopige budgettaire kader Wlz 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 61).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het voorlopige budgettaire kader Wlz 2016 en de daarbij horende documenten. Graag reageren genoemde leden hierop met de volgende vragen en opmerkingen.

Allereerst zouden de leden van de SP-fractie willen weten wat de evaluatie is van het vervallen van de contracteerplicht in 2012 en hoe de invoering van zorgzwaartepakketten in 2009 worden geëvalueerd. Is er sinds deze twee stappen meer of minder zicht op de bestedingen van de gelden, is er sinds deze twee wijzigingen sprake van meer of minder flexibele inzet van personeel (zowel op basis van kleine als tijdelijke contracten)? Is inzichtelijk te maken hoe de afschaffing van de contracteerplicht en de invoering van de zorgzwaartepakketten hebben geleid tot minder of meer overhead bij zorginstellingen? Is er sprake van meer of minder financiële risico's bij zorginstellingen en hoe anticiperen zij daarop? Is er bij de inkoop van zorg meer of minder gewerkt met wisselende inkoopbedragen per instelling, per regio, per zorgzwaartepakket? Is er meer of minder gewerkt met «bonus/malus» mechanieken en wat heeft dat opgeleverd? Is er door het invoeren van de zorgzwaartefinanciering en/of de afschaffing van de contracteerplicht meer of minder noodzaak tot management in zorginstellingen gekomen? Zeker ook de cijfers van het CPB indachtig dat «zorgmanager» het snelst groeiende beroep in de afgelopen jaren is geweest[1]. De leden van de SP-fractie zien graag de evaluaties van zowel de afschaffing van de contracteerplicht als de invoering van de zorgzwaartefinanciering tegemoet.

De leden van de SP-fractie zijn absoluut van mening dat de kwaliteit en de inhoud van zorg centraal moeten staan, zeker ook bij de inkoop van zorg. Toch vragen zij hoe dit precies geregeld is. Deze leden zien mensen die zorgen voor mensen als de kern van de zorg en vragen of bij de inkoopmodellen dit gegeven voldoende tot zijn recht komt. Kan de Staatssecretaris de leden van de SP-fractie eens uitleggen hoe kortingen op budgetten ten goede zouden moeten komen tot het primaire proces? Kan de Staatssecretaris tevens aangeven hoe de inkoop van zorg via (soms erg grote) instellingen, ten goede komt aan eigenheid van locaties of afdelingen? Deelt u de mening dat de financiering zo laag mogelijk in de organisatie zou moeten neerslaan, om te voorkomen dat er heel veel geld wordt afgeroomd voor overhead en andere zaken die niet het primaire zorgproces bevorderen. Op welke wijze zijn de mening en inzichten van medewerkers in de instellingen betrokken bij het inkoopbeleid? Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten hoe de zorgkantoren bij de zorginkoop (voor 2016) uitgaan van de expertise, de kennis en ervaring van de zorgmedewerkers?

Differentiëren tussen de verschillende sectoren lijkt een positief uitgangspunt, iedere sector in de zorg heeft immers haar eigen kenmerken. Maar een en ander staat of valt bij de uitwerking. Kan de Staatssecretaris omschrijven hoe deze differentiatie tussen sectoren vorm gaat krijgen? Welke uitgangspunten aangaande de «eigenheid» van de

[1] Centraal Planbureau, 9 juli 2015, «Baanpolarisatie in Nederland» http://cpb.nl/publicatie/baanpolarisatie-in-nederland

verschillende sectoren worden gehanteerd en hoe is deze eigenheid terug te zien in het inkoopbeleid van 2016 per zorgsector? Waarom hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren bij het opstellen van het inkoopkader 2016, alleen contact gehad met de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Waarom is er niet gesproken met (een aantal) zorgaanbieders zelf maar alleen via de brancheorganisaties, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat er nog meer inkoopregels komen omdat er gedifferentieerd gaat worden? Kan de Staatssecretaris toezeggen dat de verschillen niet gaan leiden tot groepen mensen met (hoge) zorgbehoefte die buiten de boot vallen door financieringsbeleid? Erkent de Staatssecretaris dat het bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg erg lucratief is om je als instelling te richten op lichtverstandelijk beperkte jongeren omdat zij een goede financiering met zich mee brengen. Erkent de Staatssecretaris ook dat dit kan leiden tot verdrukking van bestaande bewoners of verwaarlozing van hun zorg?[2] De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris met klem om de gewenste differentiatie met inhoud en visie vanuit de sectoren te laten begeleiden zodat niet ieder zorgkantoor zijn eigen beleid gaat maken, waardoor het ten eerste erg bureaucratisch wordt en ten tweede totaal oncontroleerbaar is hoe en waarom de financiering loopt zoals hij loopt. Genoemde leden vragen een uitgebreide reactie op hun zorgen.
Dat de cliënt centraal komt te staan bij de zorginkoop is een zeer logisch uitgangspunt, zo stellen de leden van de SP-fractie. Maar kan de Staatssecretaris eens uitleggen waarom dat juist nu een novum zou zijn? Is er in het verleden niet ingekocht op de wens van «de cliënt»? Had de invoering van de zorgzwaartefinanciering alsmede het afschaffen van de contracteerplicht niet ook juist belofte dat dat zou leiden tot het «meer centraal komen te staan van de cliënt»?
Dat de Staatssecretaris stelt dat zorgaanbieders zelf aan zet zijn en moeten aangeven waar ze als organisatie naar toe willen, is een redelijke open deur. Wat natuurlijk relevant is, is de vraag in hoeverre nemen deze «toekomstplannen» recht doen aan de wensen van bewoners en personeel? En hoe de zorgkantoren vervolgens omgaan met deze toekomstplannen? Gaan zij dit toetsen en via welk kader? Gaan zij interveniëren op inhoud en zo ja, vanuit welke verantwoordelijkheid? Wie heeft de (eind)verantwoordelijkheid bij een geschil over het toekomstplan? Zijn er bepaalde voorwaarden geformuleerd waar een dergelijk toekomstplan aan moet voldoen en zo ja, welke zijn dat en hoe zijn deze voorwaarden tot stand gekomen? Of worden de zorgaanbieders hierin vrijgelaten? De leden van de SP-fractie vrezen dat het maken en beoordelen van de toekomstplannen geen panacee gaat zijn voor de wens om de «cliënt centraal» te stellen. Erkent de Staatssecretaris dat het risico op de loer ligt dat (dure) adviesbureaus deze toekomstplannen gaan maken en er voor hen dus een nieuwe (lucratieve) markt wordt gecreëerd? Erkent de Staatssecretaris het risico dat een nieuwe basis wordt gelegd voor een keurmerkenmaffia die «stempels» op toekomstplannen zet, terwijl het niets zegt over de kwaliteit van de zorg in deze instellingen. Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat er een enorm (duur) circus wordt opgetuigd dat niet leidt tot meer inzicht in de kwaliteit van leven en zorg, de veiligheid in de instellingen? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris strak vinger aan de pols te houden dat deze toekomstplannen niet de nieuwe kleren van de keizer worden.
De hoogte van het tarief dat zorgkantoren afspreken met aanbieders zal afhankelijk zijn van de plannen die zorgaanbieders indienen en de behaalde resultaten. Juist hier zien de leden van de SP-fractie een enorm risico in. Wanneer de kwaliteit van een plan, in tegenstelling tot de

---

[2] Eenvandaag, 9 juli 2015, «'s Heeren Loo: bewoners in het nauw» http://binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/60663/_s_heeren_loo_bewoners_in_het_nauw

werkelijkheid, basis is voor de inkoop, dan zit er een hele grote prikkel in om dat plan zo «glossy» en positief mogelijk te maken, zonder dat het de werkelijkheid nog weer geeft. Ziet de Staatssecretaris dit risico? Genoemde leden hebben behoefte aan een uitgebreidere toelichting op dit punt.

Gaan zorgkantoren bij de inkoop uit van behaalde resultaten uit het verleden of van het lopende jaar? Deze leden nemen op basis van de brief aan dat het gaat om het lopende jaar, het jaar waar het plan betrekking op heeft. Maar constateren genoemde leden het dan correct dat achteraf kan worden besloten het tarief naar beneden bij te stellen? Is er dan niet een groot risico dat sommige zorgaanbieders financiële problemen krijgen? Zo ja, is de continuïteit van zorg dan nog wel gegarandeerd? Welke voorwaarden zijn geformuleerd op basis waarvan zou besloten moeten kunnen worden tot het naar beneden bijstellen van het tarief en hoever kan het tarief naar beneden worden bijgesteld, oftewel is er bijvoorbeeld een ondergrens vastgesteld? Kan de Staatssecretaris uitgebreid ingaan op deze vragen en de risico's die samenhangen met het achteraf verlagen van de tarieven?

De leden van de SP-fractie signaleren dat er verschillende tarieven worden gehanteerd door de verschillende zorgkantoren. Hoe groot zijn die verschillen, zowel binnen als tussen regio's? Is het wel wenselijk dat die verschillen er zijn en blijven, zeker in het licht dat de wens is om regionale verschillen te verkleinen. Hoe gaat de Staatssecretaris dat aanpakken? Gaan de laagste tarieven gelden of gaan reële tarieven gelden?

De leden van de SP-fractie willen graag weten wat de buffers zijn van de verschillende regio's en waarom deze zijn ontstaan. Zou het niet wenselijk zijn die buffers af te romen en in te zetten voor knelpunten die gedurende een jaar ontstaan of wanneer een bepaalde bezuinigingsdoelstelling te langzaam gaat of te negatieve gevolgen heeft? Kan de Staatssecretaris hier uitgebreid antwoord op geven?

Dat de zorg niet aan het begin van het jaar geheel is te voorspellen erkennen de leden van de SP-fractie geheel en zij zijn het helemaal eens dat er bij een veranderende zorgvraag hier in de loop van het jaar rekening mee gehouden moet kunnen worden. Genoemde leden lezen dat er nu twee momenten in het jaar zijn (komen) waarop een en ander bijgesteld kan worden. Het laatste moment is echter eind mei, betekent dit dat er daarna eigenlijk geen flexibiliteit meer is? Waarom is dit geen continu proces? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris helder te beschrijven wat de gevolgen zijn als de middelen in de loop van het jaar op zijn en herverdeling niet meer mogelijk is. Is de continuïteit van zorg voor alle cliënten dan nog wel gegarandeerd? Ontstaat hierdoor geen vergroot risico op wachtlijsten, met name in de loop van het jaar? Mensen die zorg nodig hebben, moeten die zorg krijgen zo stellen de leden.

Eerder heeft voormalig Staatssecretaris Bussemaker besloten een «stroppenpot» ter voorkoming van wachtlijsten achter de hand te houden. Klopt het dat deze stroppenpot niet meer bestaat? Kan de Staatssecretaris aangeven waarom een dergelijke stroppenpot niet meer bestaat?

De Staatssecretaris verwacht dat de administratieve lasten omlaag gaan, onder andere door het maken van meerjarenafspraken, zo schrijft hij in zijn brief. De leden van de SP-fractie vragen of de Staatssecretaris voor deze administratieve lasten verlaging een doelstelling heeft geformuleerd en zo ja, is dat dan de 45 miljoen euro efficiencykorting die is opgelegd of is deze doelstelling op andere wijze vastgesteld? Hoe en door wie wordt de voortgang in de realisatie van deze doelstelling precies gemonitord, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoe wordt voorkomen dat dit juist een kaasschaaf is voor alle instellingen, zou deze bezuiniging niet juist moeten worden afgedwongen in zorginstellingen met een hoge overhead? Hoe wil de Staatssecretaris dit gaan uitvoeren?

De leden van de SP-fractie vinden het verstandig dat de Staatssecretaris de aanbevelingen van de NZa om het pgb-kader voor 2015 op te hogen met 80 miljoen euro overneemt. Deze leden vragen aan te geven waar dit bedrag vandaan komt, is dit toevallig dezelfde 80 miljoen euro die de contracteerruimte in 2016 lager uitkomt? Zo ja, levert dit geen problemen op voor de zorgcontinuïteit elders? Eerder werd het pgb-kader al met 120 miljoen euro verhoogd. De ruimte is vervolgens niet in enkele zorgkantoorregio's te beperkt, maar in de meeste zorgkantoorregio's. Kunnen deze leden hiermee concluderen dat de ramingen voor 2015 er erg naast hebben gezeten als het gaat om de pgb-budgetten? 200 miljoen euro ophoging ten opzichte van een oorspronkelijke raming van 1.160 miljoen euro is (minstens) erg fors te noemen. Wat vindt de Staatssecretaris hiervan, deelt zij de mening van de leden van de SP-fractie? Hoe is het mogelijk dat deze schattingen zo ver naast de werkelijkheid blijken te liggen? Wat overtuigt de Staatssecretaris ervan dat er nu wel voldoende budget voor pgb-zorg beschikbaar is voor 2015? Wat gebeurt er als het pgb-budget in één of meerdere zorgkantoorregio's in het najaar wederom te krap blijkt te zijn? De oorzaken van de overschrijding worden onderzocht, wanneer kunnen deze leden de resultaten van dit onderzoek verwachten?

Als er op de ene plaats een onderscheiding ontstaat, betekent dit dan dat er bij een andere zorgpot een overschrijding ontstaat? Leidt het afknijpen van de toegang tot zorg op de ene plaats, bijvoorbeeld de wijkverpleging, tot een toename bij andere zorg, bijvoorbeeld zorg vallende onder de Wet langdurige zorg? Oftewel is er sprake van communicerende vaten dan wel een waterbedeffect? Zo ja, is dit een structureel effect? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris inzichtelijk te maken hoe de drie wetten (Wlz, Zvw en Wmo) elkaar beïnvloeden.

Erkent de Staatssecretaris overigens dat er een risico bestaat in het feit dat een zorgverzekeraar enerzijds met risicodragendheid en een forse taakstelling verantwoordelijk is voor wijkverpleging en aan de andere kant in de instellingszorg inkoop voorziet. Is er volgens de Staatssecretaris een vergrote kans op het «doorschuiven» van patiënten om zo schadelast te vermijden of te verkorten? Kan de Staatssecretaris goed toezicht houden op dit soort oneigenlijke verschuivingen als dezelfde zorgverzekeraar beide zorgsoorten inkoopt in een regio?

De leden van de SP-fractie vragen of deze concessieverlening wenselijk is. Kan de Staatssecretaris aangeven wat hij er van vindt om deze concessieverlening bij de zorgverzekeraars weg te halen en bijvoorbeeld de inkoop van Wlz-zorg onder te brengen bij het ministerie of de NZa?

In 2015 loopt het beroep op lage zorgzwaartepakketten (zzp's) in de intramurale zorg veel langzamer terug dan was verwacht, de Staatssecretaris verwacht dat deze trend in 2016 even geleidelijk voortgezet wordt. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een beeld van hoe deze verwachte daling in 2016 eruit gaat zien, wat zijn precies de verwachtingen (per zzp) en waar zijn die verwachtingen op gebaseerd? De Staatssecretaris geeft aan dat, op basis van deze langzamere afname, hij de voorgenomen korting van 480 miljoen euro verzacht met 100 miljoen euro. De leden van de SP-fractie constateren dat dit verbloemende taal is voor het feit dat er 100 miljoen euro minder wordt bezuinigd. Maar dat er dus nog steeds flink wordt bezuinigd. Waar heeft de Staatssecretaris deze 100 miljoen euro gevonden? De gemeenten ontvangen extra middelen omdat mensen langer thuis blijven wonen, kan de Staatssecretaris aangeven welk bedrag hiermee gemoeid is? In het laatste kwartaal van 2014 blijkt er een grote stijging te zijn van het aantal indicaties, de leden van de SP-fractie vragen of de Staatssecretaris deze stijging kan verklaren.

De korting wegens langer thuis wonen voor de Wlz-uitvoerders is met 20 miljoen euro verlaagd. Wat is de onderbouwing van dit bedrag, kan de Staatssecretaris onderbouwen waarom dit bedrag volgens hem voldoende is?

Met ingang van 1 januari 2016 is het overgangsrecht niet langer van toepassing op intramuraal geïndiceerde cliënten met een laag zorgzwaartepakket, zij moeten daarom kiezen voor intramuraal verblijf in de Wlz of voor extramurale zorg via gemeenten en/of zorgverzekeraars. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris hoe groot de groep is die deze keuze moet maken, en wat de verwachtingen zijn ten aanzien van die keuzes.
In 2016 loopt het percentage van de NHC's en NIC's op van 50% naar 70%, dit verbaast de leden van de SP-fractie. Kan de Staatssecretaris toelichten wat deze toename veroorzaakt? Op basis waarvan is deze ophoging nodig? Het is toch zo dat veel vastgoed in de langdurige zorg juist gesloten wordt?
Per 2016 ontvangen cliënten met een modulair pakket thuis hun huishoudelijke verzorging vanuit de Wlz in plaats van de gemeente. Dit verbaast de leden van de SP-fractie. Waarom wordt er een verschil gemaakt tussen gekozen pakketten in wat er vergoed wordt uit de Wlz? Is het wenselijk om de gemeente de HV te laten regelen, gezien dit per gemeente ander beleid is en er toe kan leiden dat mensen juist afzien van de MPT?
Met betrekking tot hulpmiddelen gaat er in 2016 ook het een en ander veranderen. De leden van de SP-fractie horen veel verhalen van mensen die hun geheel op maat gemaakte hulpmiddelen (bijvoorbeeld rolstoelen) in moeten leveren om vervolgens een nieuwe aan te moeten schaffen, terwijl anderen niets aan de ingeleverde hulpmiddelen hebben. De leden van de SP-fractie hopen dat met de veranderingen voor dit soort situaties ook een oplossing wordt gevonden. Kan de Staatssecretaris hierop reageren? Is de hij bereid te kijken naar een nieuwe regeling, zodat mensen hun hulpmiddelen over de stelsels, bij verhuizingen of zodra een andere hulpmiddelenleverancier wordt aangesteld kunnen behouden? Bijvoorbeeld als iemand die een op maat gemaakte rolstoel heeft vanuit de Wmo, maar overgaat naar Wlz zorg. Is de Staatssecretaris het met de leden van SP-fractie eens dat we zoveel mogelijk moeten voorkomen dat mensen bij verhuizing, bij een andere leverancier of bij verandering van zorg niet elke keer hun hulpmiddelen kwijt raken en deze opnieuw moeten krijgen? Volgens de leden van de SP-fractie zou dit erg bijdragen in het aanpakken van verspilling in de zorg. Wat is de reactie van de Staatssecretaris hierop?
Er worden nog voorwaarden geformuleerd voor de overheveling van woningaanpassingen naar de Wlz, deze voorwaarden worden pas later dit jaar bekend. Staat het al wel vast dat de woningaanpassingen per 2016 overgeheveld worden?
Aangegeven wordt in het NZa-advies dat voor de tussen wal en schip gevallen cliënten die geriatrische revalidatiezorg ontvangen een oplossing is gevonden door hen «ten laste» te brengen aan de Wlz. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe groot de groep cliënten die geriatrische revalidatiezorg ontvangt is? Zijn er op dit moment nog groepen bekend die tussen wal en schip terecht zijn gekomen, is voor alle groepen inmiddels een oplossing gevonden? De leden van de SP-fractie zijn hogelijk verbaasd over dit advies, want was de overheveling van de revalidatiezorg naar de zorgverzekeringswet niet juist bedoeld om er voor te zorgen dat de zorg beter afgestemd zou worden en dat dit ook zou kunnen leiden tot lagere kosten? Is het zo dat met deze oplossing zorgverzekeraars die de revalidatiezorg belabberd inkochten of toe (lieten) wijzen, beloond worden? Kan de Staatssecretaris hier meer uitleg over geven?

II. Reactie van de Staatssecretaris